Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Lane Medical Library

Fälle

von

sogen. Fetthernien in der Bauchwand.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt

von

Ernst Rauert,

approbirter Arzt aus Bornhöved.

Opponenten:

Herr **E. Griebel**, cand. med.

„ **F. Behrens**, cand. med.

„ **L. Bartscher**, approb. Arzt.

Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig.

1890.

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Fälle

von

sogen. Fetthernien in der Bauchwand.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt

von

Ernst Rauert,

approbirter Arzt aus Bornhöved.

Opponenten:

Herr E. Griebel, cand. med.
„ F. Behrens, cand. med.
„ L. Bartscher, approb. Arzt.

Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig.

1890.

Rectoratsjahr 1890/91.

Nr. 13.

Referent: Dr. v. **Esmarch.**

Druck genehmigt:

Dr. v. **Esmarch,** Decan.

Seinem lieben Schwager

Wilhelm Weber

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0297

Ein Kapitel der Herniologie, welches wohl noch am wenigsten bekannt, aber doch von grossem praktischen Interesse ist, ist das Kapitel über die sogenannten Fetthernien.

Wohl sind dieselben schon lange bekannt, und doch findet man über diesen Gegenstand in den Lehrbüchern gar keine oder nur spärliche Andeutungen.

Wollte ich die ganze Literatur über Fetthernien bringen, so würde ich damit nur wiederholen, was bereits in einer Abhandlung gesagt ist, und darf ich daher auf diese hinweisen.

„Zur Casuistik und Operation der sogenannten Fetthernien in der Linea alba. Inaugural-Dissertation von Heinr. Matthey, Würzburg 1887".

Da ich nun seit Veröffentlichung dieser Arbeit Berichte über neue Fälle dieser Art in der Literatur nicht finde, darf ich die folgenden 3 Fälle, welche in der hiesigen chirurgischen Klinik zur Behandlung kamen, den in der genannten Dissertation erwähnten Fällen anreihen.

Der Umstand, dass in der hiesigen Klinik in so kurzer Zeit 3 Fälle zur Beobachtung gekommen sind einerseits, und andererseits auch die Beschaffenheit der Symptome, welche die Fetthernien hervorbringen, und welche so leicht zu Irrthümern und Verwechslungen mit anderen Erkrankungen — Hypochondrie, Magenleiden — Veranlassung geben können, lässt vermuthen, dass Fetthernien häufiger vorkommen. Bei der Schwierigkeit, dieselben in manchen Fällen wegen ihrer Kleinheit zu finden und der Leichtigkeit, sie zu übersehen, ist es wohl denkbar, dass mancher mit Fetthernie behafteter Patient wegen Magenleidens etc. lange behandelt wird, der durch eine verhältnismässig unschuldige Operation mit einem Schlage in aller kürzester Zeit Heilung von seinem Leiden erlangen könnte.

Es sind in der That eigentümliche Symptome, die diese kleinen Hernien hervorzurufen imstande sind und die Koenig in seinem Lehrbuch der Chirurgie Band II pag. 392 schildert. Es heisst dort.

> „Die Kranken leiden an heftigen, ziehenden Schmerzen in der Magengegend, welche offenbar durch Zug des in den Bruch hineintretenden Bauchfelles oder des Netzes hervorgerufen werden. Daneben entwickeln sich leicht hypochondrische Erscheinungen neben Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden u. s. f., dass diese Symptome wirklich von den kleinen Brüchen abhängig sind, das habe ich aus einer Anzahl von Fällen gesehen, bei welchen dieselben mit der Operation verschwanden".

In anderen Fällen lassen allerdings die Symptome nicht so leicht eine Verwechslung mit einer Erkrankung des Verdauungstractus zu. In solchen Fällen ist der Appetit gut, und die Druckempfindlichkeit der befallenen Stelle und ziehende Schmerzen veranlassen den Patienten ärztliche Hülfe aufzusuchen. Doch irgend welche Verdauungsstörungen pflegen stets vorhanden zu sein.

Man sieht, dass bei nur etwas oberflächlicher Untersuchung eine Verwechslung gar zu leicht möglich ist, und dass diese in der That vorgekommen, zeigt der Fall VII in der genannten Abhandlung von Matthey. Ich darf denselben hier nochmals erwähnen.

„K. S. 35 Jahre alt, verheirathet, ein Unterbeamter bei der Eisenbahn; früher Soldat, klagte seit langer Zeit über die mannigfachsten Störungen und wurde damit seinen Vorgesetzten durch seine beständigen Gesuche um Erleichterung und Befreiung vom Dienste sehr lästig. Er ist von mehreren Aerzten untersucht worden, von denen die Einen sich einfach für Uebertreibung der Klagen, Hypochondrie, die Anderen für Magen- und Leberleiden aussprachen. Verschiedene, diesen Voraussetzungen entsprechende Mittel waren lange Zeit hindurch vergeblich gebraucht worden. Ich selbst (Prof. Wernher, Giessen, erzählt den Fall in Virchows Archiv Bd. XXXVII Pag. 476) hatte den Kranken mehrfach untersucht, ohne zu einer anderen, bestimmten Ansicht gelangen zu können. In der Voraussetzung, dass vielleicht ein beginnender

Bruch die Ursache des Leidens sein könnte, untersuchte ich alle Bruchpforten aufs genaueste und entdeckte 4 Finger über den Nabel in der Linea alba einen kleinen flachrunden Tumor unter der unveränderten Haut, dessen Berührung dem Kranken sehr empfindlich war. Verschiedene Mittel, insbesondere Druckverbände, blieben ohne Erfolg.

Auf den dringenden Wunsch des Kranken wurde daher eine Incision über die Geschwulst geführt, welche sich als eine kleine, gelappte Fettmasse auswies, die sich mit einem dünnen Stiele durch eine Spalte der Linea alba fortsetzte. Sie wurde mit der Scheere abgetragen. Kurze Zeit später waren die früheren nervösen Erscheinungen vollständig verschwunden.

Auch der von Prof. Dr. Lücke im Centralblatt für Chirurgie 1887 Nr. 4 Pag. 68 mitgeteilte Fall beweist, dass eine Verwechslung garzuleicht eintreten kann.

Der Fall war folgender.

A. H. 46 Jahre alt, führt sein Leiden auf eine Anstrengung zurück, welche er 1870 als Pionier bei einem Brückenbau hatte, wobei er Schmerzen im Epigastrium bekam, die sich bald besserten, doch bei schwerer Arbeit sich stets wieder zeigten. Seit 1878 wurde Patient auf der Strassburger med. Klinik wiederholt an einem Magengeschwür behandelt. Erst nachdem die Symptome des Magengeschwürs geschwunden waren und doch weitere Beschwerden — Schmerz, Erbrechen — bestehen blieben, wurde man auf eine links ein paar Centimeter oberhalb des Nabels liegende schmerzhafte Fetthernie aufmerksam, welche nicht reponibel war. Operation am 12. November 1886.

Incision, Drainage der Fettgeschwulst, Entwicklung eines Omentumstranges, der mit dem Finger gelöst werden muss. Dabei zeigen sich rechts und oben Verwachsungen von Magen und Peritoneum parietale in ausgedehuter Weise.

Abtragen des Netztheiles, Unterbindung, Naht der Fascie und Haut. Jodoformverband. Tadelloser Verlauf. Die Schmerzen und das Erbrechen haben seitdem völlig aufgehört.

Die Schmerzen und das Erbrechen gingen also in diesem Falle nicht von den peritonealen Verwachsungen, sondern von der Fett-Netzhernie aus.

Die Schwierigkeit, die kleinen Fetthernien zu finden, veranlasste mich, anamnestisch nach einem Mittel zur leichteren Diagnose zu suchen. Ich wollte gerne durch die Anamnese auf die Wahrscheinlichkeit einer Fetthernie hingewiesen werden.

Deshalb stellte ich Nachforschungen an, wodurch, und ob plötzlich solche Brüche wohl zustande kämen; ob Traumen oder grosse Muskelanstrengungen als Ursache von den Patienten angegeben würden.

Hierauf war bei den beschriebenen Fällen wohl nicht das genügende Augenmerk gerichtet, oder es mag ja auch von den Patienten kein Grund für ihr Leiden angegeben sein. In einigen Fällen entwickeln sich dieselben allmählig ohne nachweisbare Ursache (s. u. den III. von mir mitgeteilten Fällen); in anderen Fällen werden Traumen als Ursache angegeben. So in den beiden ersten von meinen Fällen. Von den in der genannten Dissertation berichteten Fällen fand ich bei Fall VI, X und XII die Angabe des Patienten, dass Ueberanstrengung seine Leiden verursacht. In Fall XIII ist Patient beim Wagenschieben ausgerutscht, wobei sein Oberkörper nach hinten gebogen und ihm stechende Schmerzen oberhalb des Nabels verursachte. In Fall XIV hatte Patient das Unglück auf einen Stein zu fallen und will seit jener Zeit an der betreffenden Stelle das Auftreten einer Geschwulst beobachtet haben. Vielleicht wird es sich lohnen hiernach bei vorkommenden Fällen zu forschen.

Ich darf nunmehr die Kranken- und Operationsgeschichten der mir von Herrn Geheimrat v. Esmarch gütigst übergebenen Fälle anführen.

I. Fall. W. Pf. 30 Jahre alt, Arbeiter. Patient ist stets gesund gewesen, bis vor mehreren Wochen, wo er mit einem Mitarbeiter eine schwere eiserne Stange trug. Sein Kamerad, der hinter ihm herging, liess plötzlich die Stange fallen. Durch die kolossale Wucht des fallenden Eisens knickte Patient in sich zusammen. Sofort nach dem Unfall fühlte Patient heftige Schmerzen im oberen Teil des Abdomens, zugleich Schulter und Kreuzschmerzen. Deshalb suchte er das Krankenhaus zu Rendsburg auf. Auch will er seit der Zeit an Verdauungsstörungen gelitten haben, und die Schmerzen im oberen Teil des Abdomens verliessen ihn nicht. Längere Zeit (ca. 7 Wochen) nach dem Unfall

bemerkte Patient in der Linna alba oberhalb des Nabels eine Hervorragung, welche auf Druck schmerzhaft war. Der behandelnde Arzt bestrich dieselbe mit Tinct. jodi. Bei der Aufnahme des Patienten in die Klinik war folgender Status praesens: Zwischen Processus ensiformis und Nabel (2 Finger unter dem Proc. und 4 Finger über dem Nabel) in der Linea alba kann man einen kleinen, deutlich abgrenzbaren, weichen Tumor palpiren, der auf Druck und nach reichlicher Mahlzeit empfindlich ist, sonst keine besonderen Schmerzen verursacht. Es wurde die Diagnose auf Fetthernie gestellt und die Operation vorgenommen, Schnitt über die Höhe der Geschwulst ca. 6 cm lang. Nachdem das sehr dünne, überliegende Zellgewebe zwischen zwei Pincetten durchtrennt ist, erscheint in einem sehr dünnen Bruchsack liegend das Fett des Netzes. Eröffnung des Bruchsackes, Versuch der Reposition, welche nicht gelingt. Abtragung des gut haselnussgrossen Netzstückes nach doppelter Unterbindung des Stieles. Naht der engen Bruchpforte mit Catgutfäden, welche die Muskeln weit durchgreifen. Hautnaht. Jodoformverband.

Wunde gut geheilt, Krankheitserscheinungen verschwunden.

II. Fall P. Sch. 18 Jahre alt, Matrose. Patient fiel aus der Schiffstakelage aus 40 Fuss Höhe auf Deck. Er fiel auf die linke Seite. Er will sich den linken Fuss und die linke Hand verstaucht haben, die nachher geschwollen waren, aber ohne Behandlung sich besserten. Mehr Beschwerden machte ihm eine Geschwulst, die nach dem Fall kindskopfgross im linken Hipochondrium hervorgetreten war. Patient hatte beständig Schmerzen in dieser Gegend, auch litt er, was er vorher nicht gethan, an Verdauungsstörungen. Der Stuhl war ca. 6 Tage angehalten und bis zur Operation unregelmässig. Der Appetit gut.

Im Rostocker Krankenhaus wurde er 3 Wochen mit festem Verband und Eis behandelt. Die Geschwulst wurde dabei kleiner ging bei ruhiger Lage zurück, trat dagegen beim Aufsein wieder hervor. Patient trug dann eine Gummibinde mit Pelotte, welche die Geschwulst zurückhielt. Seit $3^1/_2$ Monaten ist die Binde fortgelassen, ohne dass die Geschwulst wieder vorgetreten ist. Aber fortwährend hat Patient einen unbestimmten „stillen“ Schmerz, der bei Bewegung heftiger ist und ihn zur Aufsuchung des Krankenhauses bewogen hat. Sonst ist Patient gesund und

hereditär nicht belastet. Er ist kräftig gebaut, gut genährt. Muskulatur gut entwickelt, Bauchdecken straff. Im linken Hypochondrium ist in den Bauchdecken eine etwas längliche ca. ochsenaugegrosse Resistenz zu fühlen, die bei der Athmung sich bewegt und beim Spannen der Muskel sich mit derselben verschiebt. Sie sitzt dicht unter dem Rippenbogen, und mit dem inneren Rand 2 Finger von der Linea alba. Sie hat eine flache Gestalt und lässt sich von den Seiten her zu einem derben Strang zusammendrücken, was sehr schmerzhaft ist.

Operation in Narkose, ca. 10 cm. langer Schnitt auf der Höhe des Tumors. Nach Durchschneidung der Haut kommt man auf ca. 5 cm. langes 2 cm. breites, schwieliges Narbengewebe, das fest mit der Fascie und am oberen Ende mit dem Netz verwachsen ist. Letzteres kann man durch eine kaum kleinfingerdicke Oeffnung in die Bauchhöhle verfolgen. Das Narbenstück wird abpräparirt vom Netz, ohne Blutung stumpf gelöst. Letzteres ist mit der Eingangspforte verwachsen und sehr schwer zu lösen. Erst nachdem die Bruchpforte nach oben und unten bis Fingerkuppengrösse gespalten ist, gelingt es, den Netzstiel mobil zu machen und in die Bauchhöhle zu versenken. Verschluss der Oeffnung durch 3 Mac Ewensche Nähte mit Catgut. Darüber nochmalige Vereinigung des Gewebes in der Querrichtung durch fortlaufende Catgutnaht. Hautwunde durch Knopfnaht vereinigt. Jodoformgaze-Collodium-Verband. Dem Patienten geht es nach der Operation gut.

III. Fall B. A. Neger aus Kamerun, Maschinenbauer, 21 Jahre alt. Patient kam in die Klinik, um sich tätowirte Hautstellen im Gesicht und an der Stirn wegnehmen zu lassen; dann aber auch, um sich von folgenden Leiden befreit zu sehen.

Er will nämlich stets gesund gewesen sein mit der einzigen Ausnahme, dass er seit 1888 fast constant, unabhängig von den Mahlzeiten, Schmerzen im Epigastrium empfindet. Dieselben sind nicht plötzlich, etwa nach einer Verletzung aufgetreten, sondern allmählig entstanden. An Verdauungsstörungen hatte er ebenfalls gelitten und ist lange wegen seiner Leiden innerlich behandelt worden. Sein Appetit ist augenblicklich gut, und fühlt sich Patient sonst wohl, hat auch die Narkose, welche wegen Entfernung der tätowirten Hautstellen mit nachheriger Transplantation

eingeleitet war, leicht überstanden. Doch führt er beständig lebhafte Klagen über den Schmerz im Epigastrium, zu dessen Heilung er absolut operirt werden will. Er giebt an, dass dies Leiden in Kamerun Ngondo heisse, dort sehr verbreitet sei und in höherem Alter verschwinde. Patient hebt in der Mitte zwischen Proc. ensiformis und Nabel eine Querfalte der Haut hoch und bezeichnet unterhalb derselben in der Linea alba die schmerzhafte Stelle, an welcher undeutlich eine ca. 2 cm lange, strangförmige Verhärtung zu fühlen ist. Operation: An der schmerzhaften Stelle ein 5 cm. langer Hautschnitt. Links neben der Mittellinie kommt man auf eine 3 cm. lange, kleinfingerdicke lipomatöse Geschwulst, die als die schmerzende Stelle bezeichnet wird (die Operation war ohne Narkose). Dieselbe ist mit der Fascie verwachsen und geht mit einem dünnen Stiele in der Linea alba durch die Fascie. Durchtrittsöffnung erbsengross. Der Stiel der Geschwulst wird durchschnitten, Durchtrittsöffnung mit Catgut vernäht. Schluss der Hautwunde mit Catgutnaht. Jodoform-Collodium-Verband. Der alte Schmerz ist verschwunden. Subjektives Befinden gut.

Wenn ich nun noch diese Fälle mit der Roserschen Bruchtheorie in Zusammenhang bringen darf, so scheint mir, dass die Fälle I und II nicht geeignet sind, für die Theorie zu sprechen. Vielmehr legen dieselben den Gedanken nahe, dass auch auf andere Weise, als wie Roser es meint, Hernien entstehen können. Der Umstand, dass in dem Fall I sofort nach dem Unfall heftige Schmerzen, und dass in dem Fall II sofort Geschwulst und Schmerzen auftraten, zeigt, dass der Unfall auf die Hernienbildung ursächlich eingewirkt hat.

Wenn in dem I. Fall der Bruch nach der Theorie von Roser enstanden wäre, müsste man bei der Operation, bevor man auf den Bauchsack kam, auf Fettträubchen gestossen sein. Dies war nicht der Fall.

Dass in dem II. Fall eine wirkliche Zerreissung, eine Verletzung stattgefunden hat, beweist das schwielige mit der Fascie und dem Netz verwachsene Narbengewebe.

Ausserdem sitzt die Hernie in der dicken Muskulatur, wo doch gewiss ein Schwund der Bauchdecken durch ein subseröses Lipom nicht so leicht eintritt.

Ich bin daher der Ansicht, dass in diesen beiden Fällen eine Zerreissung des Gewebes, herbeigeführt durch den Unfall, stattgefunden hat und zwar in dem I. Fall ohne Zerreissung des Peritoneums. Das unverletzte Peritoneum hat sich in den Riss der Bauchdecken hineingelegt, weshalb wir hier einen Bruchsack mit hineingefallenem Netz vorfanden.

In dem II. Fall ist entweder das Peritoneum mitzerrissen, und das Netz hat sich in den Spalt hineingelegt; oder es ist nicht mitzerrissen; es ist nur ein Riss der Bauchdecken erfolgt: Peritoneum und Netz sind in den Riss hineingefallen und der so zuerst vorhanden gewesene Bruchsack ist später mit dem Netz verwachsen und zum Schwund gekommen.

Der III. Fall, den ich berichtet habe, ist eher geeignet, die Roser'sche Theorie zu stützen. In diesem Falle ist der Bruch allmählig entstanden, und fand sich auch bei der Operation eine lipomatöse Geschwulst, die wohl zuerst subperitoneal gelegen sein mag und dann durch die Fascie durchgetreten ist. In diesem Fall lag kein Netz vor, auch schien das Peritoneum intact.

Zum Schluss sage ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat v. Esmarch, für die freundliche Ueberlassung dieser Arbeit meinen aufrichtigsten Dank.

Lebenslauf.

Ich, Ernst Rauert, Sohn des Landmannes Joh. Rauert, bin geboren am 14. März 1863 in Bornhöved. Den Elementarunterricht genoss ich zu Bornhöved. Dann besuchte ich von Ostern 1877 bis Ostern 1885 das Gymnasium zu Rendsburg, wo ich Ostern 1885 die Maturitätsprüfung bestand. Ich studierte von da an Medicin in München und Kiel. Am Schluss des Wintersemesters 1886/87 bestand ich in Kiel mein tentamen physicum, und ebendaselbst beendete ich am 26. Februar das medicinische Staatsexamen. Das tentamen rigorosum bestand ich am 22. März.

Thesen.

1. Bei Osteomyelitis ist die frühzeitige Anbohrung des Knochens zu empfehlen.

2. Bei Fetthernien ist die blutige Operation jeder anderen vorzuziehen.

3. Bei Cervixkatarrh ist Ätzung mit Chlorzink 2,0, Aq. dest. 3,0 in manchen Fällen zu empfehlen.